



# הצעה לביטוח אי-כושר עבודה תאונות אישיות / תלם

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים.

הראל חברה לביטוח - ממיזוג של שלוח וסרה-ציון

שם הסוכן	
מספר הסוכן	
שם המפקח	
מספר ההצעה	
התאריך המבוקש להתחלת הביטוח	
0   1	

לתשומת לבך: תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה.



2013

## א פרטי המועמד לביטוח

מספר זהות ס"ב	שם המשפחה	השם הפרטי	תאריך לידה	מין זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר הטלפון
e-mail	מספר טלפון נייד			
שם מקום העבודה	מקצוע	עיסוק		
שם קופת חולים	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג	שם רופא מטפל		

## ב סוג הביטוח ותנאיו סמן ב- ✓ את התכנית/יות הנבחרת/ות עלייך והשלם פרטים כנדרש

1  **ביטוח תאונות אישיות** - ביטוח לא-אי-כושר עבודה עקב תאונה בלבד (חובה למלא גם סעיף 4 להלן).

גיל הכניסה לתכנית ותקופת הפיצוי בימים (לפי סעיף 4.1 לתנאי הביטוח)

עד 1,080 ימי פיצוי	54 - 19	←	עד 720 ימי פיצוי	59 - 55	←	עד 360 ימי פיצוי	64 - 60	←
מספר ימי המתנה מבוקש	4	7	14	30	לסכום פיצוי יומי	ש"ח		

2  **ביטוח תלם** - ביטוח לא-אי-כושר עבודה עקב תאונה או מחלה

גיל הכניסה לתכנית ותקופת הפיצוי בימים (לפי סעיף 4.1 לתנאי הביטוח)

עד 1,080 ימי פיצוי	54 - 19	←	עד 720 ימי פיצוי	59 - 55	←	עד 360 ימי פיצוי	64 - 60	←
מספר ימי המתנה מבוקש	4	7	14	30	לסכום פיצוי יומי	ש"ח		

3  **חובה למלא בתכנית ביטוח תאונות אישיות, אפשרות בביטוחי תלם.**

אופי המקצוע של המועמד לביטוח:

כרוך בעבודה משרדית בלבד

בלתי מסוכן שאינו קשור במכונות, בצידוד כבד, בנהגות כמקצוע, בחומר מסוכן

קשור במכונות, בצידוד כבד, בנהגות כמקצוע, אך לא בחומר מסוכן

שם המוטב למקרה מוות מתאונה

סכום הביטוח המבוקש

מוות מתאונה - ש"ח \_\_\_\_\_

נכות צמיתה מתאונה - ש"ח \_\_\_\_\_

## ג פרטים על המשלם

לגבייה (מלקוח קיים) מפוליסה מספר	שם המשלם	חתימת המשלם
אם אינו המבוטח	אם אינו המבוטח	אם אינו המבוטח
רחוב	מספר בית	יישוב
	מיקוד	מספר הטלפון

## ד אופן התשלום סמן ב- ✓ להלן והשלם:

סוג הכרטיס	חודשי <input type="radio"/> שנתי <input type="radio"/>	באמצעות כרטיס אשראי <input type="radio"/> בהוראת קבע קיימת בפוליסה מספר _____ ובתנאי שאתה המשלם.
יזיה <input type="radio"/> דינרס <input type="radio"/>	ישראל <input type="radio"/> אמריקן אקספרס <input type="radio"/>	שם בעל כרטיס האשראי
תוקף הכרטיס	חודש	מספר הכרטיס

אני הח"מ, נותן לכם בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ ואשר מספר כרטיס האשראי שלי יהיה נקוב בהן. הוראה זו נחתמה על-ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על-ידי הרשאה להראל חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרט הראל חברה לביטוח בע"מ למנפיקה. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ על-פי תנאי התשלום של פוליסת הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. היה ופוליסת הביטוח הנ"ל בהראל חברה לביטוח בע"מ תחודש, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.

חתימת בעל הכרטיס \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול על המבוטח.

יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים, מספרו מופיע בסוגריים מרובעים [1], לדוגמה [4].

כן	לא	חלק א - שאלות כלליות
		1. גובה בס"מ _____
		2. משקל בק"ג _____
		3. האם חלה ירידה במשקלך במהלך השנה האחרונה רשום ב- _____ ק"ג הסיבה: <input type="radio"/> דיאטה <input type="radio"/> אחרת
		4. מעשן/עישנת, כמה זמן? _____ שנים. אם הפסקת, רשום מתי? _____ כמות סיגריות שמעשן/עישנת ביום _____ [26]
		5. שותה משקאות אלכוהוליים: <input type="radio"/> עד 2 כוסות ליום <input type="radio"/> יותר מ-2 כוסות ליום?
		6. משתמש או השתמשת בסמים? נא פרט סוג _____, אם הפסקת, רשום לפני כמה שנים? _____
<b>חלק ב - האם קיימת אבחנה או סבלת מ:</b>		
		1. <input type="radio"/> טרשת נפוצה <input type="radio"/> איידס או נשאות נוגדי איידס <input type="radio"/> ניוון שרירים <input type="radio"/> זאבת <input type="radio"/> גושה
		2. אירוע מוחי, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל, המפרט האם נותרה פגיעה תפקודית, מתי היה האירוע, האם היו אירועים חוזרים ומהי האבחנה הרפואית לסוג האירוע
		3. מחלה או מגבלה הקשורה בעיניים (יש לציין משקפיים רק כאשר העדשה/ות הן יותר ממספר 7) [1]
		4. בעיות הקשורות ב-: <input type="radio"/> אף <input type="radio"/> אוזן <input type="radio"/> גרון [2]
		5. מחלת לב [4] מחלת: <input type="radio"/> כלי דם [7] <input type="radio"/> עורקים [7] <input type="radio"/> ורידים [7] <input type="radio"/> יתר לחץ דם [5] מחלת דם: <input type="radio"/> אנמיה <input type="radio"/> פוליציטמיה <input type="radio"/> הפרעת קרישה <input type="radio"/> המופיליה <input type="radio"/> מחלת דם אחרת _____ נא צרף מכתב עדכני מרופא המטולוג מטפל לגבי המחלה המוצהרת
		6. <input type="radio"/> אסטמה (ברונכיט כרונית) [3] <input type="radio"/> מחלת ריאות אחרת [3] <input type="radio"/> חזה אוויר <input type="radio"/> COPD, <input type="radio"/> נא צרף מכתב מהרופא המטפל ותוצאות בדיקת תפקודי ריאות <input type="radio"/> סיסטיק פיברוזיס
		7. מחלה או הפרעה ב-: <input type="radio"/> קיבה [9] <input type="radio"/> מערכת העיכול [9] <input type="radio"/> כיס המרה [9] <input type="radio"/> מעיים [9] <input type="radio"/> קיצור קיבה <input type="radio"/> צליאק
		8. <input type="radio"/> סוכרת [12] <input type="radio"/> כולסטרול [6] <input type="radio"/> טריגליצרידים [6]
		9. <input type="radio"/> מחלת כבד <input type="radio"/> מחלת צהבת [10]
		10. <input type="radio"/> אפילפסיה [22] <input type="radio"/> FMF [8] <input type="radio"/> בלוטת המגן (התריס) [11] <input type="radio"/> מחלה אנדוקרינולוגית אחרת, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל
		11. מחלה ב-: <input type="radio"/> כליות [13] <input type="radio"/> דרכי השתן [13] <input type="radio"/> ערמונית (פחוסטטה) [14]
		12. * בקע (הרנייה): <input type="radio"/> סרעפת <input type="radio"/> טבור <input type="radio"/> מפשעה בצד: <input type="radio"/> ימין <input type="radio"/> שמאל <input type="radio"/> בשני הצדדים, האם נותחת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בתאריך _____ המבוטח לאישור החריג חתימת המבוטח
		13. * טחורים <input type="radio"/> פיסורה האם עברת ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, בתאריך _____ האם הבעיה נפתרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן כל מקרה ביטוח הקשור בטחורים ובפיסורה אנאלית לא יכוסה בביטוח זה. חתימת המבוטח לאישור החריג חתימת המבוטח
		14. מחלה, מגבלה או שבר הקשור ב-: <input type="radio"/> עמוד השדרה [21] <input type="radio"/> עקמת [21] <input type="radio"/> ברכיים [20] <input type="radio"/> מפרקים [18][19] <input type="radio"/> ידיים [18] <input type="radio"/> רגליים [18][19] <input type="radio"/> עצמות [18][19] <input type="radio"/> CTS (שורש כף היד) <input type="radio"/> הלוס ולגוס <input type="radio"/> אוסטאופורוזיס/ירידה בצפיפות העצם [17] <input type="radio"/> גאוס
		15. <input type="radio"/> גידולי עור [16] <input type="radio"/> דלקות עור / מחלות עור <input type="radio"/> פסוריאזיס - האם קיימת פגיעה במפרקים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> שניים בנקודת חן, נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל
		16. <input type="radio"/> מחלות ממאירות <input type="radio"/> גידולים אחרים <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מרופא אונקולוג מטפל ותוצאות בדיקות היסטולוגיות
		17. <input type="radio"/> מיגרנה <input type="radio"/> בעיות פריון אצל הגבר <input type="radio"/> הפרעת נפש/מחלת נפש [25] <input type="radio"/> שחפת, האם פעילה/בטיפול <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
		18. <input type="radio"/> מחלה ו/או תופעה כרונית <input type="radio"/> מחלה תורשתית <input type="radio"/> פיגור שכלי <input type="radio"/> מחלה במערכת העצבים <input type="radio"/> שיתוק מוחין <input type="radio"/> אוטיזם <input type="radio"/> תסמונת דאון <input type="radio"/> הפרעה/עיכוב התפתחותי <input type="radio"/> הפרעות גדילה <input type="radio"/> הפרעות קשב וריכוז <input type="radio"/> פיברומיאלגיה <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל לגבי הבעיה המוצהרת
		19. מומים מולדים: <input type="radio"/> חך שסוע, האם הבעיה נפתרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, לפני _____ שנים <input type="radio"/> אחר <input type="radio"/> האם נולד פג - לילדים עד גיל 3 נא צרף מכתב עדכני מרופא ילדים. פוליו: <input type="radio"/> רגל אחת <input type="radio"/> יד אחת <input type="radio"/> אחר
		20. האם עברת תאונה, כולל תאונת דרכים, תאונת עבודה, תאונה במהלך השירות הצבאי [24]
		21. האם עברת ניתוח או אושפזת (כולל אשפוז יום) <b>שלא קשורים לאחת המחלות המופיעות בהצהרת הבריאות?</b> [23]
		22. <input type="radio"/> האם נמצא כעת במהלך בירור תופעה ו/או מחלה ו/או סובל ממחלות אחרות <input type="radio"/> האם נמצא בטיפול רפואי ו/או תרופתי ו/או השגחתי <b>שלא קשור לאחת מן השאלות המופיעות בהצהרת הבריאות.</b> <input type="radio"/> נא צרף מכתב עדכני מהרופא המטפל לגבי הבעיה המוצהרת וכולל תוצאות כל הבדיקות שבוצעו
		23. מחלות: <input type="radio"/> גריאטריות <input type="radio"/> ניווניות <input type="radio"/> רעד <input type="radio"/> פרקינסון <input type="radio"/> ירידה בזיכרון ו/או פגיעה קוגניטיבית <input type="radio"/> אלצהיימר, נא צרף מכתב עדכני מרופא נירולוג מטפל
		24. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מן הפעולות האלה: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלול על הסוגרים, נידות
		25. האם בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחות/אח/בת) היו או יש מחלות לב, מקרי סרטן, סוכרת, מחלות או הפרעות נפשיות, ניסיון להתאבדות? (אם כן, פרט אצל מי, סיבות, מחלות ובאיזה גיל). [27]
		26. האם אתה עובד עם: <input type="radio"/> גזים רעילים <input type="radio"/> אסבסטה <input type="radio"/> חומרים כימיים <input type="radio"/> חומרי ריסוס <input type="radio"/> חומרים רדיואקטיביים <input type="radio"/> קרינה מכל סוג שהוא פרט: מקום, משך החשיפה ואמצעי מיגון.
		27. מחלה ו/או תופעה הקשורה ב-: <input type="radio"/> שדיים [15] <input type="radio"/> רחם [15] <input type="radio"/> דימום [15] <input type="radio"/> תופעה גינקולוגית אחרת [15]
		28. * עברת לידה בניתוח קיסרי. כל מקרה ביטוח הקשור בניתוח קיסרי או בבקע בצלקת הניתוח אינו מכוסה <input type="radio"/> פרייון <input type="radio"/> היריון מחוץ לרחם <input type="radio"/> נמצאת בהיריון, מה המשקל לפני ההיריון _____ ק"ג. <input type="radio"/> כל מקרה ביטוח הקשור להיריון וללידה הנוכחיים אינו מכוסה חתימת המבוטח לאישור החריג חתימת המבוטח לאישור החריג



אני/ו מסכים/ים מראש להחגרה של המחלה/הבעיה:

חתימת המבוטח

אני/ו מסכים/ים מראש לתוספת עד % \_\_\_\_\_



1. אני החתום מטה מבקש בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ ("להלן "החברה") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:

- (1) כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.
- (2) התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח ביני לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- (3) הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה. ידוע לי שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה.

2. ידוע לי כי:

- (1) ביטוח זה אינו מכסה תביעות אשר נובעות או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאות לקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף, ובכפוף לסעיפי החריגים של ביטוח זה.
- (2) הובהרו לי תנאי הביטוח ובמיוחד החריגים ואני מסכים לתכנם במלואם.
- (3) ידוע לי כי הפוליסה תיכנס לתוקף בתאריך הנקוב לעיל בתנאי כי ההצעה תתקבל במשרדי החברה ותאושר לפני התאריך הנ"ל, אחרת תיכנס לתוקף מיום קבלת ההצעה במשרדי החברה ואישורה.
- (4) הפיצוי היומי אותו ביקשתי יחד עם ביטוחי אי-כוש אחרים שברשותי אינו עולה על 75% מהשיעור היומי של ההכנסה המוצהרת.

3.  יש לי  אין לי ביטוח אי-כוש נוסף בחברה (סמן X בעיגול המתאים).

תאריך \_\_\_\_\_ שם המבוטח \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח \_\_\_\_\_

4. ויתור על סודיות רפואית

אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לקופת-חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי-חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דרוש לבירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי הפוליסה, למסור להראל חברה לביטוח בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי המבקש/ים על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני/נו חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי ה"מבקש". כתב ויתור זה מחייב, את עזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

תאריך \_\_\_\_\_ שם המבוטח \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח \_\_\_\_\_

## הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

- (א) אני מצהיר כי המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה.
- (ב) אני מצהיר על הסכמתי לכך שהמידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברה או בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, מלבד לכל עניין הקשור ו/או הגלוי להצטרפותי לפוליסה גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל ובשיווקם, לרבות לצורך עיבוד, אחסון, טיפול בתביעות ולשם השלמת השימושים כאמור.
- אם אינך מסכים שיעשה שימוש במידע אודותיך כמפורט לעיל, על-ידי חברות אחרות בקבוצת הראל נא הודע לנו על-כך באמצעות "טופס סירוב שימוש במידע" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת <http://www.harel-group.co.il>.
- (ג) אני מסכים לקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן הועברו פרטיי, הצעות שיווקיות ודברי פרסומות על מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).
- אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך בכל עת באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת <http://www.harel-group.co.il>.**
- (ד) אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בחברתכם, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל האחרונה שנמסרה לכם, במקום בכתב. ידוע לי כי ייתכן וישלח אלי חומר הנוגע לענייני הפרטיים כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות, ולפיכך אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על-ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.

תאריך \_\_\_\_\_ שם המבוטח \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח \_\_\_\_\_

## מינוי הסוכן כשלוחו של המבוטח

מוצהר ומוסכם כי סוכן הביטוח הוא נציגו ובא כוחו של המבוטח כלפי הראל חברה לביטוח בע"מ. בכל הקשור להצעת ביטוח זו לרבות המשא ומתן לקראת כרייתת חוזה הביטוח וכל הנובע מכך.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן \_\_\_\_\_